25960 ch. 19
1898
Lane Medical Library

Zur Therapie
bei Nabelschnurvorfall.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Sonnabend, den 13. August 1898, Vormittags 11 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Hermann Alberts
aus Bleckendorf (Kr. Wanzleben).

Referent: Herr Prof. Dr. **Fehling.**

Opponenten:
Herr Drd. **Wilhelm Krohn.**
Herr Drd. **Philipp Bode.**

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1898.

Imprimatur

Prof. Dr. **Eberth**

h. t. Decanus.

Seinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0018

Eine Störung der Geburt, wie sie durch Nabelschnurvorfall bedingt wird, erfordert auf jeden Fall ein sachgemässes Eingreifen des Arztes. Ist der Vorfall nicht rechtzeitig bemerkt, oder hat aus anderen Gründen nicht rechtzeitig eingegriffen werden können, erfolgt meist der Tod des Kindes. Wunderbar erscheint es, dass erst seit Beginn des vorigen Jahrhunderts die Geburtshelfer dieser Komplikation ihre Aufmerksamkeit geschenkt haben. Seitdem ist man unablässig bemüht gewesen, Wege zu finden, die das bedrohte Kindesleben retten. Zahlreiche Arbeiten, gerade aus dem letzten Jahrzehnt beweisen, dass noch immer keine Einigkeit unter den Geburtshelfern über die einzuschlagende Therapie erzielt ist, und regen stets von Neuem dazu an, auf Grund eines grösseren statistischen Materials der Klärung der Frage näher zu treten.

Zu diesem Zwecke habe ich die Geburts-Protokolle der Halleschen Klinik nebst Poliklinik aus der Zeit vom 1. Januar 1888 bis 31. Dezember 1897 einer Einsicht unterworfen und finde unter 5766 poliklinischen Geburten 158, unter 3809 klinischen Geburten 40 Nabelschnurvorfälle verzeichnet. Selbstverständlich habe ich in den folgenden Fällen alle die, welche mit nicht pulsierender Nabelschnur in Beobachtung kamen und tote Kinder lieferten, ausser Acht gelassen, es waren deren 32. Unter diesen wurden 21 Geburten mit Perforation, 2 mit Decapitation zu Ende

geführt, bei dem Rest wurde die Wendung vorgenommen und darauf die Geburt sich selbst überlassen. Sie kommen bei der Prüfung der Wirksamkeit des einen oder des anderen Verfahrens bei den mit Nabelschnur komplicierten Geburten nicht in Betracht. Bei den klinischen Geburten würde sich das Verhältnis der normalen zu der mit Vorfall der Nabelschnur betroffenen auf 1 : 95, bei den poliklinischen auf 1 : 36 stellen. Die letzte Zahl kommt ziemlich nahe der von Schrader für die Berliner Poliklinik berechneten, die 1 : 33 beträgt. Wenn man sonst in der Litteratur gerade über Häufigkeit des Vorfalls Umschau hält, ist es auffallend, dass bei Zusammenstellung weniger Geburten meist niedrige, bei Zusammenstellung einer sehr grossen Zahl höhere Verhältniszahlen gewonnen werden. Man wird nicht fehl gehen, wenn man als normales Verhältnis ungefähr 1 : 160 annimmt. Churchill fand bei Zusammenstellung von 50061 Geburten das Verhältnis 1 : 164, Hildebrandt von 45040 Geburten 1 : 148, von Pracher von 304555 Geburten 1 : 165.

Unter den 166 mit Nabelschnurvorfall komplicierten Fällen befinden sich 87 Schädellagen, 34 Beckenend- und 41 Querlagen. Aufsehen erregt auch hier das Überwiegen der Querlage gegenüber der sonst so häufigen Schädellage. Man erklärt sich den Umstand so, dass dabei die Geräumigkeit der Uterushöhle eine grosse Rolle spielt. Der kindliche Körper bleibt bis zur Geburt abnorm beweglich, füllt mit seinem nach unten gerichteten Teil den Beckeneingang nicht gehörig aus, die Nabelschnur kann also leicht prolabieren. Für die Nichtausfüllung des kleinen Beckens ist nichts so günstig wie Quer- und Beckenendlagen.

Die Zahl der Knaben übersteigt auch in unseren Fällen 95 : 71 die der Mädchen, worauf schon Hecker aufmerksam macht, der unter seinen Fällen 95 Knaben und 72 Mädchen fand. Die Anzahl der Primiparen betrug 19, die der Multiparen 147. Die Erklärung hierfür ist in der Ätiologie des Nabelschnurvorfalls zu suchen.

Der Nabelschnurvorfall d. h. jene Abnormität, bei der neben dem vorliegenden Kindsteil nach erfolgtem Blasensprung die Nabelschnur aus dem Uterus vorgefallen ist, kann nur erfolgen, wenn das untere Uterinsegment durch den vorliegenden Kindsteil gar nicht oder nicht vollständig verschlossen ist. Abgesehen von Beckenanomalien, abnorm vielem Fruchtwasser, ungewöhnlicher Länge oder insertio velomentosa der Nabelschnur, Placenta praevia kommen für Mehrgebärende gerade fehlerhafte Haltung und Grösse des Kindes und Hängebauch als ursächliches Moment in Betracht. Die ligamenta rotunda büssen ihre Straffheit ein, die Bauchdecken werden schlaff, der Uterus bleibt nicht fest fixiert, kann leicht in die Höhe steigen. Ferner tritt bei Primiparen der Kopf schon früh ins kleine Becken, das untere Uterinsegment ist fest dem im kleinen Becken stehenden Kopf angeschlossen.

Die Diagnose der vorgefallenen Nabelschnur macht keine Schwierigkeiten, so lange diese noch pulsiert. Erst wenn sie pulslos ist, und eine kleine Schlinge hoch oben liegt, wird die Erkennung schwieriger. Sonst kann schon eine bedeutende Herabsetzung der kindlichen Herztöne, die sich bei jeder Wehe steigert und in der Wehenpause abnimmt, auf die Spur helfen. Hält der Druck länger an, so wird die Nabelschnur pulslos, ein Zeichen, das nicht immer gleichbedeutend mit dem Tode der Frucht ist.

Nachdem früher die verschiedensten Ursachen für den Tod des Kindes — so auch Coagulierung des Blutes durch Kälte der Luft — genannt wurden, wissen wir jetzt, dass infolge der Compression der Nabelvene, die dem Kind das arterielle Blut zuführt, das Kind kein sauerstoffreiches Blut mehr erhält und an Kohlensäureintoxication zu Grunde geht, es macht Atembewegungen und erstickt.

Für die Mutter ist der Nabelschnurvorfall direkt nur dann von Einfluss, wenn das Kind auf der Nabelschnur reitet. Bei weiterem Vorrücken der Geburt tritt Zerrung an den Eihäuten, Loslösung der Placenta und Blutung ein.

Die Wehen werden schmerzhaft und unregelmässig. Eine sehr kurze Nabelschnur hindert, wenn Placenta festsitzt, das Abwärtstreten des Kindes, es soll schon prolapsus und inversio uteri vorgekommen sein.

Was die Mortalität der Kinder betrifft, so erhalte ich eine solche von 31%, es starben von 166 Kindern 51, eine Zahl, die gegen frühere beweist, dass planvolles Handeln auch bei dieser Komplikation von Vorteil ist, und uns auffordert, immer genauer die Indikationen für die vorzunehmenden Operationen festzustellen, damit noch bessere Resultate erreicht werden.

Prophylaktisch hat man bei Hochstand des vorliegenden Kindsteiles und Enge des Muttermundes die Kreissende, sobald Wehen auftreten, ins Bett legen zu lassen bei horizontaler Lagerung, wenn Kreissende presst, das Mitpressen zu verbieten, bei starker Wehen ist Morphium zu geben — alles zu dem Zweck, um den Blasensprung möglichst hinauszuschieben. Bei Schädellagen und abgewichenem Kopf ist die Kreissende auf die Seite zu legen, wo der Kopf abgewichen ist.

Ein exspectatives Verhalten ist nur dann am Platze, wenn der vorliegende Kindsteil sehr fest steht, sodass er mit der Hand nicht mehr verschoben werden kann, die Kreissende eine Mehrgebärende ist, Geburtswege weit sind und kräftige Wehen eine schnelle Beendigung der Geburt erwarten lassen.

Welche Wirkung für das Kind eine spontan ohne Eingriff verlaufende Geburt hat, ist bekannt. Unter den von mir beobachteten Fällen verlief die Geburt 16 mal spontan, 3 Kinder blieben am Leben: Eine Mortalität von 81% gegenüber der von 31%, die im Durchschnitt beim Eingreifen des Arztes erreicht wurde.

Am günstigsten für das Kind verliefen in unseren Fällen die Geburten bei Beckenendlagen, es waren unter 33 Geburten 4 Todesfälle, eine Mortalität von 12,12%. Der Grund, weshalb Querlagen nicht dieselben guten Re-

sultate zeigen, liegt wohl darin, das bei Querlage die Wendung der Extraction vorausgeht, und somit grössere Gefahren für das schon bedrohte Leben hervorgerufen werden. Zweimal wurde bei Fusslagen, einmal bei Steisslage die Resorption vergeblich versucht, in allen 3 Fällen durch Extraction lebende Kinder erhalten. Bei Schrader fand ich einen Fall, wo bei 5-Markstück grossem Muttermunde bei II. unvollkommener Fusslage die Resorption völlig gelang. Gewöhnlich ist ein neuer Vorfall zu befürchten, da die Nabelschnur schwer an einen Ort gebracht werden kann, wo sie festhaftet. Im Allgemeinen ist die Therapie dieselbe wie bei den nicht durch Nabelschnurvorfall komplicierten Beckenendlagen, meist wird man etwas früher als sonst extrahieren, eine genaue Kontrolle der kindlichen Herztöne ist natürlich nötig. Niemals wurde in unseren Fällen das einmal von Reuss angewandte Verfahren, Wendung auf den Kopf mit Reposition der Nabelschnur und Einstellen des Kopfes ins Becken vorgenommen. Wie günstig gegenüber allen anderen Lagen Nabelschnurvorfall bei Beckenendlagen verläuft, zeigen am besten die spontan verlaufenen Geburten, wo unter 5 Fällen 2 lebende Kinder erzielt wurden. Unter 11 Schädellagen blieb 1 Kind am Leben, 90% Mortalität gegen 60%. Von dem sonst in der Litteratur angegebenen schweren Verlauf der Steisslagen, kann ich in meinen Fällen nichts bemerken, alle Kinder wurden lebend geboren.

Obwohl das Kind bei Querlagen durch die vorgefallene Nabelschnur nicht direkt gefährdet ist, findet wir doch eine höhere Mortalität als bei Beckenendlagen. Als vorliegender Teil, der einen empfindlichen Druck auf die Nabelschnur ausüben kann, kommt wohl nur die Schulter in Betracht, immerhin sind diese Fälle nicht gerade häufig, unter den von mir durchgesehenen Geburten fand ich keine. Ferner ist die eingeklemmte Schulter an und für sich schon so gefährlich, dass die weitere Komplikation durch Nabelschnurvorfall kaum ins Gewicht fällt. Die Reposition wurde in

3 Fällen unternommen, ich teile zur genaueren Erörterung ihren Geburtsverlauf an dieser Stelle mit:

1. 1892. J.-No. 398. Frau R., Pluripara mittelkräftig. I. Schieflage. Muttermund handtellergross, beim Blasensprung fällt die Nabelschnur vor, Repositionsversuche vergeblich. Da Herztöne plötzlich verlangsamen, wird Wendung und Extraction vorgenommen. Kind lebt. Nachgeburt und Wochenbett normal.

2. 1893. J.-No. 284. Frau D., II. dorsoanteriore Querlage. Herztöne anfangs gut, Muttermund 1 Markstückgross, beim Blasensprung fällt die Nabelschnur vor. Reposition mit dem Braunschen Repositorium erfolglos, ebenso die manuelle. Darauf Tamponade der Scheide. Nach 4 Stunden wird bei 5 Markstückgrossem Muttermund in Narcose Wendung und Extraction vorgenommen. Kind tot. Nachgeburt und Wochenbett normal.

3. 1888. J.-No. 162. Frau H., klein, schwächlich, plattes Becken. I. dorsoanteriore Schieflage. Blase steht. Muttermund vollständig, linker Fuss und Nabelschnur liegen vor, Reposition gelingt. Blasensprengung und Herabholen eines Fusses, Knabe lebt, Nachgeburt und Wochenbett normal.

Zweimal wurde vergeblich reponiert, nur in einem Falle wnrde durch Wendung und Extraktion ein lebendes Kind erhalten. Fall 2 zeigt uns, wie wenig eine instrumentelle Reposition unter Bedingungen, wo sie einige Geburtshelfer angewandt wissen wollen, Erfrlg hat, allerdings nutzte hier auch die manuelle nichts. Da die Herztöne gut waren, hätte von einem Eingriff abgesehen werden müssen, bis der Muttermund erweitert war und eine Geburtsbeschleunigung zuliess. Bei Fall 3 gelang zwar die Reposition, es musste trotzdem derselbe Eingriff gemacht werden, als wenn nicht reponiert wäre. Im allgemeinen verzichte man deshalb bei Querlagen auf die Reposition aus den angeführten Gründen und setze sein Vertrauen allein auf die Wendung und Extraction.

Herrschte bei den Quer- und Beckenendlagen fast vollständige Übereinstimmung unter den Geburtshelfern betreffs der einzuschlagenden Therapie, so begegnen wir bei Schädellagen eines häufigen Wechsels der Meinungen und zur Stunde sind die Grenzen, wie weit mit der Reposition oder mit der Wendung gegangen werden darf, nicht festgesetzt. Vor dem Auftreten Michaelis fand keine bestimmte Richtung der Therapie den Vorzug, bald reponierte man, bald wendete man, bald griff man zur Zange. Höchstens wurde häufiger mit der Zange, als der Wendung die Geburt zu Ende geführt, da der Wendung die grössere Gefahr des Kindbettfiebers anhaftete. Als Michaelis auf Grund seiner glänzenden Erfolge (17,9% Mortalität) bei der Reposition diese bevorzugt wissen wollte, wandten sich die meisten Geburtshelfer ausschliesslich der Reposition zu. Michaelis stellte folgende Bedingungen für die Wendung auf:

1. Vollständige Erweiterung des Muttermundes,
2. misslungene Reposition,
3. Kopf noch nicht zangengerecht,
4. Kind lebt.

Über die Reposition äussert er sich folgendermassen:

1. Die Methode beim Vorfall der Nabelschnur vorzugsweise oder ausschliesslich zur Wendung oder Zangenanlegung zu schreiten, liefert selbst in der günstigsten Praxis, nämlich in den Geburtshäusern, höchst ungünstige Resultate, weit ungünstiger muss aber noch die Privatpraxis ausfallen. Hierin liegt die dringende Aufforderung, die Reposition ernstlich und mit Anwendung mehrerer Mittel zu versuchen, als es bis jetzt empfohlen wurde.

2. Der Erfolg der Repositionsversuche hängt ab von der richtigen Benutzung der Mittel, die die Natur zum Zurückhalten der Nabelschnur darbietet und bei regelmässiger Geburt anwendet. Unter diesen Mitteln ist das wirksamste und vorzüglichste die bleibende und allmählig vom Muttermund zu einem höheren Kreisabschnitt fort-

schreitende Anschliessung des Uterus an den vorliegenden Kindsteil. Die Nabelschnur kann also nur mit Erfolg reponiert werden, wenn es noch möglich ist, sie hinter diese kreisförmige Strictur hinaufzuschieben, d. h. wenn der Muttermund noch nicht verschwunden ist.

3. Die Anwendung der Hand ist mehr zum Zurückstreichen als zum Zurückschieben zu benutzen, sie ist zu empfehlen bei Mehrgebärenden, und wo der Muttermund hinreichend eröffnet ist, indess

4. da es Fälle giebt, wo weder die Hand hierzu noch zur Wendung kann eingeführt werden, und wo die Zange ebenso wenig angewendet werden darf, da bei jeder Erstgebärenden die Schmerzen dieser Operationsweise immer sehr gross, ja Gefahr zuweilen für die Mutter unvermeidlich ist, so muss man zu passenden Instrumenten seine Zuflucht nehmen".

Für Reposition treten ferner ein Naegele, Martin, Wegscheider, Credé, Hohl, C. Schroeder. Verworfen wird sie von Hoffmann, Hall, Davis, Düsterberg, Engelmann. Schmidt fordert unter allen Umständen eine sofortige Geburtsbeschleunigung, er zieht wie Baudeloque, Jörg, Trefurt, D. W. H. Busch, Naegele, Schmidt, Seifart, Scanzoni die Zange der Wendung vor. Für die Reposition sprachen die guten Resultate der Reposition gegenüber der Wendung. Michaelis hatte 17,9%, Hildebrandt 34%, Wegscheider 34,5%, Klein 36% Mortalität, Reuter giebt für diese Zeit als Durchschnitt eine Mortalität von 32,8% an. Vergleichen wir hiermit die Resultate der Reposition, wie wir sie nach 1860 verzeichnet finden:

Namen:	Alle Fälle:	lebend:	tot:	Mortalität:
Engelmann	23	15	8	34,8
Reuss	12	7	5	41,6
Cuntz	42	20	22	52,4
Tischer	14	7	7	50,0
v. Hecker	76	56	20	26,3
Winkel	12	10	2	16,7
Schlüter	11	8	3	27,3
Moxter	7	3	4	57,1
Reuter	5	2	3	60,0
Eigene Fälle	42	28	14	33,3
Summa	244	156	88	36,0.

Die Wendung vor 1860 ergab nach Reuter 65% Mortalität, stellen wir wieder die Ergebnisse nach 1860 zusammen:

Namen:	Alle Fälle:	lebend:	tot:	Mortalität:
Engelmann	55	39	16	29,1
Reuss	2	1	1	50,0
Cuntz	26	13	13	50,0
v. Hecker	17	3	4	23,5
Schlüter	24	20	4	16,6
Moxter	35	26	9	25,7
Schrader	174	130	44	25.3
Reuter	7	5	2	28,6
Eigene Fälle	87	67	20	22,9
Summa	427	314	113	26,4%.

Die Zahlen sprechen wohl deutlich genug, sie zeigen den gewaltigen Vorsprung, den die Wendung seit 1860 gemacht hat. Ferner übersteigt auch die Wendung mit 26,4% den durchschnittlichen Procentsatz von 32,8, den die Reposition vor 1860 hatte, ganz bedeutend. Diesen Fortschritt verdanken wir einmal der Einführung der Narcose und Antisepsis, die die Wendung schmerzlos und fast gefahrlos machten, dann aber auch der Einbürgerung des Veit-Smellieschen Handgriffes.

Für uns sind augenblicklich die Anschauungen massgebend, die namhafte Geburtshelfer im letzten Jahrzehnt in ihren Schriften haben laut werden lassen. Wie nach der letzten Tabelle erklärlich erscheint, ist durch sie die Wendung immer mehr in den Vordergrund gedrängt und die Reposition auf bestimmte Indicationen beschränkt. Gegen die Reposition machen alle Autoren übereinstimmend das häufige Misslingen derselben geltend, in unseren Fällen glückte sie von 42 Fällen 10 mal. Als ein weiteres Bedenken gegen die Reposition gilt die Thatsache, dass oft bei scheinbar gelungener Reposition die Nabelschnur ohne wieder vorzufallen einem neuen verderblichen Druck ausgesetzt ist, welche Gefahr sich sofort in dem unregelmässigen Verlauf der kindlichen Herztöne documentiert. Von grosser Bedeutung ist ferner die Beobachtung, dass bei vollständig gelungener Reposition, wobei man jeden Druck auf die Nabelschnurgefässe ausschliessen kann, dennoch die Herztöne, indem sie bald äusserst frequent, bald äusserst langsam werden, plötzlich erlöschen. Gerade hier kommt die Wendung gegenüber der Reposition in ausgezeichneter Weise zur Geltung. Das Kind ist bereits während der Reposition so asphyctisch geworden, dass nach Aufhebung des Druckes auf die Nabelschnurgefässe die wiederhergestellte Circulation nicht die bestehende Asphyxie beseitigen kann. Es handelt sich hier um denselben Zustand, in dem sich ein Kind befindet, das asphyctisch geboren durch die uns zu Gebote stehenden künstlichen Wiederbelebungsversuche - Schultzesche Schwingungen, Hautreize — nicht zum Leben gebracht werden kann. Während wir sonst energisch auf die erlöschende Lebenskraft einwirken können, stehen wir dem Absterben der Frucht im Uterus machtlos gegenüber. Die Erhaltung des Lebens der Frucht wird natürlich immer mehr in Frage gestellt, je länger die vergeblichen Repositionsversuche dauern, und das Kind, das bis dahin noch lebenskräftig war, kann nun so asphyctisch geworden sein, dass es die

neue doch nötig gewordene Wendung und eine sich anschliessende, womöglich schwere Extraction, die es vorher ohne Schaden würde ertragen haben, nicht zu überleben vermag. In solchen Fällen trifft zweifelsohne der Reposition ausschliesslich die Schuld an dem Tode des Kindes, das durch unnütze Manipulationen geschwächt, unter nunmehr ungünstiger Prognose durch die Wendung und Extraction gerettet werden soll. Die Thatsache, dass gleichwohl unter diesen Umständen eine verhältnismässig bedeutende Zahl von Kindern am Leben erhalten wurde, konnte, es nicht verhindern, dass die Wendung bei Nabelschnurvorfall vielen Geburtshelfern ein letztes Auskunftsmittes darstellte, von dem man sich dann natürlich nicht viel versprechen durfte. Es muss fast wunderbar erscheinen, wie ein Verfahren, auf das man in den Fällen, in denen das anerkanntere Verfahren der Reposition nicht zum Ziele führt, die letzte Hoffnung setzt, nicht lieber gleich, ohne dass man sich erst die gute Prognose dieses Verfahrens durch anderweitige Manipulationen trübt, als Primär-Operation zur Anwendung kommt. Die Chancen für die Erhaltung des kindlichen Lebens sind bei der Wendung, wie aus den obigen Mitteilungen hervorgeht, jedenfalls die günstigsten.

Auf einen weiteren ungünstigen Umstand bei der Reposition von Seiten der Wehenthätigkeit macht v. Hecker aufmerksam: „Es kommt mitunter vor, dass nach der Zurückbringung des Nabelstrangs mit der Hand und wahrscheinlich infolge des operativen Eingriffes, die vorher regelmässige Wehenthätigkeit einen pathologischen Charakter annimmt, man beobachtete tetanische sehr schmerzhafte Zusammenziehung des Uterus, welche die Ausstossung des Kindes beträchtlich verzögern und durch die andauernd feste Umschliessung desselben sein Leben in die höchste Gefahr bringen, indem sich keine elastische Schicht zwischen ihm und der Uteruswand befindet. Nun wäre diesem Übelstande dadurch abzuhelfen, dass man das Kind

durch die Kunst herausbefördert, aber das ist ohne die grössten Gefahren für dieses, und was viel wichtiger ist, für die Mutter nicht ausführbar, weil auch das untere Uterinsegment an dem Krampfe teilnimmt, und der Muttermund, der zur Zeit der Reposition vielleicht 2 Zoll weit eröffnet war, sich inzwischen nicht erweitert, sondern verengt hat". Zwei solcher Fälle teilt v. Hecker aus seiner Erfahrung mit, die bei sonst vollständig gelungener, und den besten Erfolg versprechender Reposition infolge dieser pathologischen Wehenthätigkeit tote Früchte ergaben.

Über die Technik des Verfahrens spricht mein Lehrer Fehling sich folgendermassen aus. Das Verfahren richtet sich nach der Weite des Muttermundes.

Ist derselbe hinlänglich erweitert, um die Hand durchzulassen, so ist die manuelle Reposition zu versuchen. Man macht dieselbe in Seiten- oder Rückenlage der Gebärenden, die Volarfläche der Hand dem Bauche des Kindes zugewendet. Zweckmässig ist ferner, in vielen Fällen die besonders von Ritzen hervorgehobene Knieellenbogenlage, naturgemäss ist hier die andere Hand als bei Rückenlage zu wählen.

Vor jeder Reposition ist eine genaue Reinigung der äusseren Genitalien, sowie desinficierende Genitalausspülungen nötig, die Reposition soll ausserdem stets auf dem Querbett geschehen, um im Notfalle die Wendung gleich anschliessen zu können.

Manchmal genügen bei kleiner und mittelgrosser Schlinge 3—4 Finger zur Reposition, für die weitaus meisten Fälle ist es richtiger von vornherein die ganze Hand zu wählen. Bedenkt man, dass der Weg zum Promontorium, auch wenn der Damm nach hinten gedrängt ist, ca. 13 cm beträgt, dass die Nabelschnur aber noch 3—4 cm höher hinter die grösste Kopfperipherie placiert werden muss, so ist es nötig 16—17 cm hoch zu gelangen. In eine solche Höhe reicht man aber nicht mit der halben Hand.

Die Schlinge hat, zumal wenn sie gross ist, in der Hohlhand genügend Platz, der Daumen kann den Kopf etwas zurückschieben, und es gelingt oft überraschend leicht, die Nabelschnur über den grossen Umfang des Kopfes zurückzubringen.

Es ist zu empfehlen, möglichst schnell zu reponieren, wenn gleich sich dabei ein momentan starker Druck auf die Nabelschnur niemals verhindern lässt; es ist bekannt, dass ein fester Druck von einigen Sekunden auf die Schnur nicht gefährlich ist.

Narcose erleichtert besonders in etwas schwierigeren Fällen die Reposition ausserordentlich, indem sie die Thätigkeit der Bauchpresse ausschaltet, die sehr leicht einen Wiedervorfall der eben reponierten Schlinge bewirkt.

Ist die Nabelschnur hinter den Kopf zurückgeführt, dann sucht man dieselbe an irgend einem kleinen Teil zu befestigen oder über die vor der Brust gekreuzten Arme in die Höhe zu bringen. Man wartet dann eine Wehe ab, reibt den Fundus, bis eine solche kommt, und geht dann langsam zurück. Zuweilen kommt es allerdings vor, dass die Schlinge sofort wieder hinunterfällt.

Nach Fincke soll die Hand, nachdem sie die Nabelschnur befestigt hat, einen Viertelkreis beschreiben und dann erst zurückziehen. Dabei soll womöglich der Kopf an den Platz hingedrängt werden, wo zuvor die vorgefallene Nabelschnur lag.

Ist die Reposition endgültig gelungen, so legt man die Gebärende auf die dem Vorfall entgegengesetzte Seite und muss fleissig auskultieren, da die reponierte Nabelschnur höher oben noch einen Druck erleiden konnte.

Ich würde von der instrumentellen Reposition kaum reden, wenn nicht unter der Zahl meiner Fälle 2 mit Hilfe von Instrumenten reponiert wären. Den ersten Fall, — wo das Braunsche Repositorium verwandt ist, habe ich schon unter den Querlagen besprochen. Auch im zweiten, einer I. Schädellage, gelang die Reposition nicht, hier mit

einem von Hofmeier angegebenen Instrument — durch Wendung und Extraction wurde ein lebendes Kind erzielt. Beide Fälle beweisen zur Genüge, wie wenig Erfolg man sich bei einer instrumentellen Reposition versprechen darf. Trotzdem ziehen Männer wie Martin, Schroeder, Zweifel, Dührssen und Runge bei engem Muttermund die instrumentelle Reposition der combinierten Wendung nach Braxton-Hicks vor. Verfolgen wir einmal kurz, in welcher Weise sie sich hierfür aussprechen.

Martin will bei wenig erweitertem Muttermund warten, bis Compressionserscheinungen auftreten, dann reponieren, im äussersten Notfalle mit Instrumenten. „Die Übelstände solcher Repositorien" sagt er, „sind nicht allein die Schwierigkeiten der Erfassung der Schnur und ihre geeignete Hantierung; es kommt dabei wohl auch vor, dass bei Einführung des Instrumentes sich eine zunächst zwar kleine, aber durch ihr Andauern gefährliche Blutung einstellt, welcher auf einer selbst bei aller Vorsicht möglichen Ablösung der Placenta beruht. Deswegen ist die Respiration mit der Hand stets vorzuziehen, wo immer sie ausführbar ist. Lässt die Reposition in Stich, so macht man bei unvollkommener Erweiterung des Muttermundes die Wendung auf einen Fuss".

Schroeder stellt bei engem Muttermund dem Kind eine sehr ungünstige Prognose. „Diese Verhältnisse liegen am ungünstigsten, wenn der Muttermund noch wenig erweitert ist. Das Kindsleben ist dann fast immer verloren. Eine sofortige Entbindung ist ohne grösste Gefahr für die Mutter nicht auszuführen. Für das Kind beruht deshalb das einzige Heil auf der Reposition der Nabelschnur. Diese ist bei engem Muttermund mit der Hand nicht ausführbar und so bleibt nur die sehr unvollkommene Reposition mit Instrumenten übrig, die in der Regel keinen Erfolg hat".

Auch Ahlfeld sieht bei engem Muttermund die einzige Rettung in der Reposition. „Ist die Entbindung noch nicht möglich, da der Muttermund noch nicht die genügende

Weite zeigt, so reponiere man die Schnur. Gestattet es bei Tiefstand des vorliegenden Teiles die Weite des Muttermundes mit 2—4 Fingern durchzugehen, so nimmt man die Reposition mit der Hand vor. Am ungünstigsten für die Erhaltung des Kindslebens sind die Aussichten, wenn der Muttermund noch eng, der Cervixkanal noch lang und unnachgiebig ist. Die Reposition mit der Hand ist dann noch nicht möglich, und die Reposition mit einem stäbchenförmigen Repositorium bietet sehr wenig Aussicht auf Erfolg".

Zweifel lehrt, bei geringer Eröffnung des Muttermundes, wo die Hand noch nicht eingeht, ist die Reposition der vorgefallenen Nabelschnur zu machen. Auf solche Fälle ist die Reposition einzuschränken.

Dührssen rät, bei engem Muttermund erst die Reposition zu versuchen, bei nicht sofortigem Erfolg die Wendung nach Braxton-Hicks vorzunehmen.

Schauta wählt bei sehr engem Muttermund die Wendung nach Braxton-Hicks und bemerkt dazu: „Es wird sich hier die Frage aufwerfen, ob man bei engem Muttermund nicht überhaupt immer zuerst den Versuch der Wendung und erst nach Misslingen der Wendung die instrumentelle Reposition ausführen soll. Wenn man berücksichtigt, wie schwierig die instrumentelle Reposition ist, wie leicht dabei eine dauernde Compression der Nabelschnur beim Zurückschieben derselben durch den Muttermund stattfindet, und wie wenig man schliesslich überzeugt sein kann, ob die Nabelschnur an der Stelle, an welche man sie endlich hinaufgeschoben hat, frei pulsiert, so muss man wohl der Wendung den Vorzug geben, ich stelle also den Grundsatz auf: Man wende bei engem Muttermund und Vorfall der Nabelschnur zunächst nach Braxton-Hicks und reponiere die vorgefallene Nabelschnur nur dann, wenn die Wendung selbst unter Anwendung der Narcose auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst, was, nebenbei gesagt, nur selten der Fall sein dürfte.

Spiegelberg entscheidet sich weder für Wendung, nach Braxton-Hicks noch für Reposition, er giebt das Kind bei engem Muttermunde ohne weiteres verloren. „In der Regel sind die manuellen Versuche in diesen Fällen fruchtlos und man muss Repositorien anwenden. Nur ganz ausnahmsweise erzielt man damit einen Erfolg. Es ist zu raten, sich damit nicht zu lange abzumühen. Da nun bei engem Muttermund eine Abkürzung der Geburt leider auch nicht möglich ist, so ist das Kind meist als verloren zu betrachten. Von der frühzeitigen combinierten Wendung auf den Fuss wird man hier für gewöhnlich absehen müssen, weil dabei die Schnur zu leicht einem verderblichen Druck ausgesetzt wird. Da thut man besser, nur die Mutter zu berücksichtigen, und das Kind sofort als verloren zu betrachten".

Gusserow verwirft gänzlich die instrumentelle Reposition.

Über die in 42 Fällen unternommene Reposition und ihre Erfolge giebt nachstehende Tabelle Aufschluss:

Verlauf	Zahl der behandelten Fälle	Davon gerettet	Mortalität
Spontan	9	6	33,3
Secundärer Forceps . .	4	4	—
Secundäre Wendung . .	1	1	—
Sa. der gelung. Reposition	14	11	21,5
Reposition misslungen .	28	—	
Summa	42	11	73,9

Reponiert wurde unter 166 Fällen 42 mal (34 mal bei Schädellagen, 5 mal bei Querlagen, 3 mal bei Fusslagen), also in 25% aller Fälle. Unter den 28 Fällen von nicht gelungener Reposition wurde die Wendung secundär 17 mal angewandt und 17 lebende Kinder erzielt, die Zange secundär 4 mal versucht und in jedem Fall lebende Kinder erhalten. Die Weite des Mundesmundes zur Zeit der Operation ist 34 mal angegeben, es war

bei vollständig erweitertem die Reposition 3 mal gelungen, 8 mal nicht geglückt,

bei für die Hand durchgängigen Muttermund 2 mal gelungen, 6 mal misslungen und

bei engem Muttermund die Reposition 4 mal gelungen, 11 mal nicht.

Unterstützt wurde die Reposition 3 mal durch Narcose, einmal durch Beckenhochlagerung und einmal durch Knieellenbogenlage, nach der erfolgten Reposition wurde 3 mal Seitenlagerung eingenommen. Der Grund, weshalb die sonst so sehr gerühmte Knieellenbogenlage hier nur einmal zur Anwendung kam, ist wohl darin zu suchen, dass diese Lage wegen der Unbequemlichkeit der Kreissenden nicht lange eingehalten werden kann, und zweitens Narcose nur sehr schwer oder gar nicht durchführbar ist.

Die Wendung nach Braxton-Hicks finden wir zweimal verzeichnet. Einmal wurde auf diese Weise nach misslungener Reposition das Kindsleben gerettet, im zweiten Fall wieder nach einer missglückter Reposition ging das Kind wohl meist infolge schwerer Entwicklung des Kopfes verloren.

So finden wir bei engem Muttermund, dass die instrumentelle Reposition gar keinen Erfolg aufweist, während durch Wendung nach Braxton-Hicks das schwer bedrohte Leben des Kindes gerettet wurde. Ausser diesen beiden Operationen kommt unter dergleichen Verhältnissen eine Methode in Betracht, die ganz besonders unsere Aufmerksamkeit verdient. Es wird nämlich der Druck des Kopfes solange von der Nabelschnur ferngehalten, bis die mütterlichen Weichteile eine Entbindung gestatten. Je nach dem Kopfstand, der Intensität der Wehen erreicht man es durch verschiedene Mittel. In einzelnen Fällen genügt Anordnung einer den Kopf zum Abweichen bringenden Seitenlage (nach der dem Vorfall entgegengesetzten Seite), auch manchmal Verordnung der Knieellenbogenlage. Ferner zeigt sich schon die einfache ruhige Rückenlage und Verbieten des

Mitpressens ganz wirksam. Meist aber handelt es sich darum, durch die Hand des Geburtshelfers den Kopf zurückzuhalten oder ihn durch innere oder äussere Handgriffe zum Abweichen zu bringen, in einzelnen Fällen Quer- oder Schieflagerung der Frucht.

Als zweite, wohl wichtigste Operation beim Nabelschnurvorfall kommt die Wendung in Betracht. Man kann sie verschiedentlich einteilen, in primäre oder sekundäre, andererseits auch in Wendung bei stehender oder gesprungener Blase.

Ein so günstiges Resultat man erwarten sollte, wenn man schon vor dem Blasensprung die Nabelschnur vor dem vorliegenden Teil fühlt, — da man den Blasensprung bis zur völligen Erweiterung des Muttermundes hinauszuschieben sucht — so beweisen doch statistische Angaben, dass dem nicht so ist. Die Gefahr durch den drohenden Nabelschnurvorfall, das Vorliegen des funiculus bei stehender Blase ist schon lange gewürdigt worden. Einmal sucht man durch zweckmässige Lagerung der Kreissenden das Zurückgehen der Nabelschnur zu erreichen, andererseits wenn dies nicht gelingt, einen frühzeitigen Abfluss des Fruchtwassers zu verhindern. Der Fötus kann aber schon vor dem Abfluss durch Compression seiner Nabelschnur zwischen Kopf und Becken absterben. In unseren Fällen wurde bei vorliegender Nabelschnur 10 mal gewendet, 7 Kinder leben, 3 sind tot, es resultiert also eine Mortalität von 30%. Ein viel besseres Ergebnis erhalten wir bei den Wendungen nach erfolgtem Blasensprung, nämlich eine Mortalität von 18,4%, 31 Kinder leben, 7 sind totgeboren. Bei einer solchen, wie schon Schrader bemerkte, unerwarteten Differenz müssen wir nach den Gründen forschen. Bei den 3 unglücklich verlaufenen Wendungen bei stehender Blase finde ich 2 mal plattes Becken, bei der dritten Hydramnion verzeichnet, also haben wir in diesen Fällen den Tod der Kinder weniger dem Nabelschnurvorfall als den anderen Komplikationen zuzuschreiben. Auf diese Weise lernen wir

den Wert der stehenden Blase bei Nabelschnurvorfall nicht überschätzen, selbstverständlich halten wir aber daran fest, bei drohendem Vorfall den Blasensprung möglichst hinauszuschieben, richten dabei unsere besondere Aufmerksamkeit auf die Kontrolle der kindlichen Herztöne. Nach Birnbaum und Fehling soll bei dünnen Eihäuten und schwachen Wehen zur Verzögerung des Blasensprunges ein gut desinficierter Scheidenkolpeurynter in die Vagina eingelegt werden. Fritsch verwirft das Verfahren, da durch Einlegen des Kolpeurynters nur die Wehen kräftiger werden, und die Fruchtblase daher umso früher platze. In unseren Fällen wurde vom Einlegen eines Kolpeurynters nie Gebrauch gemacht. Selten hat wohl der Geburtshelfer das Glück, vor dem Fruchtwasserabfluss einzutreffen und einzugreifen.

Nicht ganz so deutlich wie bei der Scheidung der Wendung unter den oben erwähnten Gesichtspunkten tritt eine Differenz hervor, wenn man primäre und secundäre Wendung unterscheidet. Bei der letzteren hat der Fötus schon eine Operation zu überstehen gehabt, zeigt sich deshalb der neuen gegenüber weniger widerstandsfähig. Secundär wurde 12 mal gewendet, 9 Kinder lebend, 3 tot erhalten, dies bedeutet eine Mortalität von 25%. Unter den 36 Fällen, wo primär die Wendung vorgenommen wurde, blieben 7 Kinder tot, 29 am Leben, also eine Mortalität von 19,4%. Bei der Frage, ob die Extraction der Wendung sofort folgen solle oder erst einige Zeit verfliessen müsse, treten die meisten Geburtshelfer für eine schleunige Geburtsbeendigung ein. Bei unvollkommener Eröffnung des Muttermundes hält Zweifel an der zeitlichen Trennung der Extraction von der Wendung fest und begründet es auf folgende Weise: „Die Wendung ist nie geeignet, dem Fötus wohl zu thun, im Gegenteil seine Atmung zu stören. Wenn man also bei Nabelschnurvorfall der Dyspnoe wegen die Wendung macht und das Kind gleich extrahieren will, so setzt man einen halb erstickten Fötus einer neuen Erstickungsgefahr aus. Es ist ein solch eiliges Entbinden

mit dem Sprichwort zu vergleichen: Das Kind wird aus dem Regen in die Traufe gebracht. Lasse man das Kind nach der Wendung nur einige Zeit ruhig, so wird man an der Zunahme der Frequenz und Stärke der fötalen Herztöne bald wahrnehmen, dass sich die Placentaratmung retabliert und sich der Fötus aus der Asphyxie wieder erholt. Dass der lebensfrische Fötus die zweite Erstickungsgefahr beim Durchtritt des nachfolgenden Kopfes eher überstehen kann als ein halbtoter liegt auf der Hand."

Ich stimme im Allgemeinen der Ansicht Zweifels bei und halte die sofortige Extraction nur dann für geboten, wenn diese bei einer Weite des Muttermundes, die keine Gefahr für die Mutter bedeutet, allein zur Rettung eines stark bedrohten kindlichen Lebens übrig bleibt. In unseren Fällen wurde 12 mal sofort extrahiert, 8 mal mit glücklichem Ausgang. Die Extraction der Wendung nicht sofort angeschlossen wurde 36 mal, und dabei 31 lebende Kinder erzielt.

Schauta und Gusserow lassen bei mittelweitem Muttermund die manuelle Reposition gelten und zwar mit so viel Fingern, wie die Eröffnung des Muttermundes es gestattet. Die Frau wird dabei auf die Seite des Vorfalls gelagert, nach vollendeter Operation auf die andere.

Bei Beurteilung der Therapie bei völlig erweitertem Muttermunde stehen sich noch 2 Gruppen von Geburtshelfern gegenüber. Spiegelberg, Winckel, Kossmann raten erst die Reposition zu versuchen, und wenn diese nicht gelungen, greifen sie erst zur Wendung. Küstner, Martin, Zweifel, Dührssen, Gusserow sprechen sich ganz entschieden für die Wendung aus. Lange will erst dann die Geburt künstlich mit Wendung oder Zange beenden, wenn noch eine andere Indication vorliegt. Eine Mittelstellung nehmen Ohlshausen und Veit ein, sie bemerken dazu: „Während in der Mehrzahl der Fälle bei erweitertem Muttermund Wendung und Reposition miteinander in Concurrenz treten, und der Operateur

die Wahl zwischen beiden hat, giebt es doch auch gewisse Fälle, in denen die Reposition nicht zu billigen ist, wo allein die Wendung am Platze ist. Die Fälle sind folgende:

1. Wenn die Nabelschnur nur noch wenig frequent und schwach pulsiert. Es ist dann sehr fraglich, ob die schon erhebliche Asphyxie sich nach der Reposition wieder giebt.
2. Wenn das Becken sehr eng und die Kopfstellung infolgedessen eine recht schlechte ist. Es ist alsdann nicht wahrscheinlich, dass der Kopf alsbald eine bessere Stellung einnehmen wird. Die Nabelschnur wird deshalb voraussichtlich doch wieder vorfallen, und die Chancen sind bei der Wendung günstiger.
3. Wenn ausser der Nabelschnur ein Arm oder Bein vorgefallen ist. Die Reposition beider Teile nimmt längere Zeit in Anspruch, wobei der Puls der Nabelschnur leicht erlischt.
4. Bei Vorfall einer grossen Masse von Nabelschnur, wenn zugleich andere ungünstige Verhältnisse seitens des Beckens oder der Schädelstellung vorhanden sind. Bei Gesichtslage thut man gut der Reposition die Wendung vorzuziehen".

Als letzter der in Betracht kommenden therapeutischen Eingriffe bei weitem Muttermund ist wohl die Zange in Erwägung zu ziehen. Der Kopf muss zangengerecht im Becken stehen, das Becken normal sein. An Wendung ist dann nicht mehr zu denken. In den von uns durchgesehenen Fällen wurde die Zange 13 mal angewandt, 7 mal secundär, 6 mal primär. Während bei der secundären Zange alle Kinder merkwürdigerweise gerettet wurden, konnten primär nur 2 lebende Kinder erzielt werden. Der Grund ist darin zu suchen, dass nicht immer die Zangenbedingungen ganz erfüllt waren. So finden wir eine mittlere Schrägstandszange und je eine Zange im queren und schrägen Durchmesser. Im ganzen beträgt die Mortalität 30,76%.

Als Hauptpunkte, die bei der Therapie des Nabelschnurvorfalls in Betracht kommen, erscheinen mir folgende:

Bei Beckenendlagen extrahiere man nicht zu früh, bei Steisslagen im Besonderen ist es ratsam, sich einen Fuss herabzuholen, um mit ihm den Verlauf der Geburt nach Gutdünken regeln zu können.

Bei Querlagen ist wohl nur die Wendung mit angeschlossener Extraction zulässig, d. h. man wende nur dann, wenn man der Wendung die Extraction sofort folgen lassen kann.

Bei Schädellagen ist die Reposition (nur manuell) stets dann indiciert, wenn eine Beschleunigung der Geburt durch Wendung oder Zange noch nicht möglich ist, bei zangengerechtem Kopf entwickele man mit der Zange.

Bei engem Muttermund suche man auf die angegebene Weise den Druck von der Nabelschnur fernzuhalten, bis der Muttermund völlig erweitert ist. Muss eingegriffen werden, so wähle man die Wendung nach Braxton-Hicks. Eine wichtige Rolle spielt bei der Behandlung eine richtige Lagerung der Kreissenden und die Anwendung der Narcose.

Zum Schlusse habe ich noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, Herrn Geheimrat Professor Dr. Fehling für das gütigst überlassene Material und die freundliche Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen. Herrn Assistenzarzt Dr. Schrader sage ich für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung meiner Dissertation herzlichen Dank.

Extraction bei Fusslagen.

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quan-tipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermunds-erweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1891 P. 58.	1	Frau G. kräftig gebaut.	V.	mit Blasensprung vorgefallen.	Mm. 3 Mstückgross. I. Steissl.	Herztöne vor d. Reposition normal, später verlangsamt — Meconiumabgang	Reposition misslungen, Extraction glatt.	günst.	Knabe lebt.
1892 P. 216.	2	Frau M., kräftig.	IV.	mit Blsprg. N. u. Arm vorgefallen.	II. unvollk. Fusslage.	Herztöne gut.	Reposition gelingt nicht, Extraction.	„	Knabe lebt.
1890 P. 182.	3	Frau Sch.	I.	mit Blspr. N. u. beide Füsse vorgefallen.	Steiss ins Becken eingetreten. I. vollk. Fussl.	Herztöne verlangsamt.	Reposition misslingt, rasche Extraction.	„	Mädch. lebt.
1896 P. 591.	4	Frau J. ziemlich kräftig.	III.	Blase steht, in ihr Fuss schwach puls. N. zu fühlen	Mm. vollständig II. unvollk. Fussl.	Herztöne verlangsamt.	Blasensprengung — Extraction.	„	Mädch. lebt.
1897 P. 289.	5	Frau G., kräftig.	VI.	Blase steht, linke Fuss u. N. liegt vor.	Mm. vollständig. I. unvollk. Fussl.	Herztöne unregelmässig.	Blasensprengung — Extraction.	„	Knabe lebt.
1895 P. 410.	6	FrauB.mittelgross, sehr kräftig.	VI.	beim Sprengen der Blase fällt N. vor.	Mm. erweitert. I. unvollk. Fussl.	Sinken der Herztöne	Blasensprengung — Extraction.	„	Knabe lebt.
1892 P. 222.	7	Frau K., gesund, kräftig.	II.	Blase prall gespannt, in ihr Fuss u. N. zu fühlen.	Mm. vollständig. I. unvollk. Fussl.	Herztöne schlecht.	Blasensprengung — sofortige Extraction	„	Knabe lebt.
1889 P. 375.	8	Frau S., kräftig.	V.	Blase steht, Füsse u. schwach puls. N. zu fühlen	Mm. erweitert. I. vollk. Fussl.	Herztöne verlangsamt.	Blasensprengung — Extraction.	„	Knabe lebt.
1896 P. 503	9	Frau L. ziemlich kräftig.	II.	Blase steht, N. liegt vor.	I. Steisslage.	Herztöne gut	Blasensprengung —	„	Knabe lebt.

P. 41.						rückgegangen.			
1890 1.	11	Frau H.	IV.	mit Blspr. vorgef.	I. Fussl.	Herztöne verlangsamt.	Extraction.	„	Knabe lebt.
1890 P. 332.	12	Fraa B. kräftig gebaut.	II.	Fuss u. N. beim Blsprg. vorgef.	Mm. vollständig. I. unvollk. Fussl.	Herztöne verlangsamt.	rasche Extraction.	„	Mädch. lebt.
1891 P. 448.	13	Frau L. kräftig.	II.	N. kaum pulsierend, daneben beide Füsse vorgef beim Blspg.	Mm. vollständig. I. vollk. Fussl.	Herztöne schwach, stark verlangsamt.	schleunige Extraction.	„	Knabe lebt.
1897 P. 536.	14	Frau E. kräftig.	IV.	beide Füsse u. puls. N. beim Blsprg. vorgef.	Mm. vollständig. I. vollk. Fussl.	Herztöne verlangsamt.	Extraction — Veit-Smellie.	„	Knabe lebt.
1895 P. 62.	15	Frau S. kräftig.	IV.	Fuss u N. beim Blspr. vorgef.	Mm. erweitert. I. Fussl.	Herztöne gut.	Extraction — Veit-Smellie.	„	Knabe lebt.
1895 P. 383.	16	Frau Th. kräftig.	I.	beide Füsse u. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. erweitert. I. vollk. Fussl.	Herztöne verlangsamt.	Extraction.	„	Mädch. lebt.
1896 P. 484.	17	Frau W. kräftig.	IX.	Fuss u. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. vollst.. sehr dehnbar. I. Fussl.	Herztöne gut.	Extraction glatt.	„	Knabe lebt.
1897 P. 117.	18	Frau G. gracil, mager.	IV.	Füsse u. N. beim Blspr. vorgef. N. erst pulsierend, später pulslos.	Mm. vollständig. I. vollk, Fussl.	Herztöne verlangsamt.	Extraction — Armlösung — Veit-Smellie.	„	Mädch. lebt.
1897 P. 408.	19	Frau S. mäss. kräftig.	XI.	N. beim Blsprg. zwischen beiden Füssen vorgef.	Mm. vollständig. II. vollk. Fussl.	Herztöne gut.	Extraction — Prager Handgriff.	„	Mädch. lebt.
1894 P. 100.	20	Frau H. kräftig, gut genährt.	VI.	Fuss u. puls. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. vollständig. II. unvollk Fussl.	Herztöne gut. kommt kreissend.	Extraction — Armlösung — umgekehrter Prager Handgriff	„	Mädch. lebt. Fractur des linken Armes.

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quantipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermundserweiterung. Kindeslage	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1888 260.	21	FrauP. mittelkräftig.	IV.	Fuss u. schwach puls. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. nicht ganz vollständig. I. Fussl.	Herztöne schwach.	Extraction glatt.	günst.	Mädch. lebt.
1892 P. 380	22	Frau K. mittelkräftig.	II.	Füsse u. langsam puls. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. Handtellergr. I. vollk. Fussl.	Herztöne plötzlich verlangsamt.	Extraction.	„	Knabe normal.
1897 P. 143.	23	Frau B.	XI.	zwischen d. Füssen kaum puls. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. 5 Mstückgross, dehnbar. II. vollk. Fussl.	Herztöne verlangsamt.	Extraction glatt.	„	Knabe lebt.
1892 P. 226.	24	Frau R.. kräftig.	VII.	Blase gesprungen, N. schwach puls. u. Fuss vorgf.	Mm. Handtellergr. I. Fusslage.	Herztöne 70—80. Meconiumabgang.	Extraction.	„	Mädchen lebt
1893 P. 230.	25	Frau F., gesund.	IV.	N. u. Fuss beim Blspr. vorgef.	Mm. 2 Mstückgross. I. Fussl.	Herztöne gut. Placenta praevia lateralis.	Extraction.	„	Knabe lebt.
1896 145.	26	Frau H. mäss. kräft. 22, $27^1/_2$ 17, $9^3/_4$. allg. verengt. plattes Becken.	IV.	beim Blspr. N. u. Fuss vorgef.	Mm. vollständig. II. Fussl.	Herztöne werden schlecht.	Extraction glatt.	„	Mädch. schnappt, noch $^1/_4$ Stunde schlägt Herz, nicht wieder belebt.
1893 P. 592	27	Frau M., kräftig.	VIII.	beim Blspr. N. in vagina vorgef. blutig schleimiges Secret.	Mm. 3 Mstückgross. II. Fussl.	Herztöne werden langsam, vorzeitige Placentarlösung — starke Blutung.	Extraction.	„	Knabe nach 3 Stunden tot.
1890 P. 352.	28	Frau M., verengt. Becken.	VI.	Blase steht, in derselben Füsse u. N. zu fühlen.	II. Fussl.	.Herztöne verlangsamt, grosser Kindskopf 54—38.	Extraction — Armlösung sehr schwierig.	„	Knabe tot.

1888 29.	29	Frau G. gracil gebaut. 27.-28.-18-11.	I.	mit Blspr. schwach puls. N. vorgef.	Gemini: 1) Fusslage I mit N.-vorfall. 2) Fusslage II.	Herztöne verlangsamt.	Extraction glatt.	günst.	Mädchen tot. Knabe lebt.
1896 166.	30	FrauP. mässig kräftig. 25-28-31½-11¾.	IV.	Blase steht, kleine Teile u. N. zu fühlen.	Gemini: 1) in normaler I. Hinterhauptslage geboren. 2) I. Fussl. mit Nvorf.	Herztöne bleiben verlangsamt.	Extraction.	„	Knabe lebt.
1893 P. 261.	31	Frau P.	VII.	mit Blspr. schwach puls. N. vorgef.	Gemini: 1) in Fussl. I gebor. 2) in Steisslage II mit Vorfall.	kommt kreissend, Herztöne werden langsam.	Extraction glatt.	„	Knabe lebt.
1897 P. 373.	32	Frau W.	IV.	mit Blspr. schwach puls. N. vorgef.	Mm. fast Handtellergross. II. Steisslage.	Herztöne wechseln zwischen 160 u. 70.	Herabholen des Fusses, Cristeller rasche Extraction.	„	Mädch. lebt.
1897 P. 436.	33	Frau R.	VI.	mit Blspr. N. vorgef., pulslos.	I. Steisslage.	Herztöne leise, verlangsamt.	Extraction am Steiss mit Smellieschem Stumpfhaken.	„	Mädchen asphyctisch, wieder belebt
					Querlagen.				
1892 398.	1	Frau R. mittelkräftig.	III.	beim Blasensprung Nabelschnur vorgefallen.	Mm. Handtellergr. I. Schieflage.	Herztöne plötzlich verlangsamt.	nach vergeblicher Reposition. Wendg. und Extraktion.	„	Knabe lebt.
1896 135.	2	Frau D. allgem. verengt. Becken.	II.	am 11. VII. II. Querlage gefunden künstl. Frühgeburt eingeleitet. Wehen, es entsteht II. Schl., zur Fixierung d. Kopfes Wasser abgelassen, dabei fällt N. vor.	II. Querlage. dorso-anterior.	Herztöne werden schlecht. Wehenschwäche.	Reposition d. N. nach 4 Stunden schw. Wehen, Kopft weicht ab, entst. II. Querlage. N. fällt w. vor, wegen Wehenschw. nicht wieder reponiert, sondern Wendung und sofortige Extraktion.	„	„

J.-No	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse	quantipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermundserweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1893 P. 284	3	Frau B. mittelkräftig.	VI.	beim Blspr. N. vorgef.	Mm 1 Mkstückgross, vor der Wendung 5 Mkstgross, II. dorso-anteriore Querlage.	Herztöne anfangs gut, später nicht mehr zu hören.	Mit Braunschem Repositorium Rep. misslungen, ebenso mit d. Hand, Scheide locker tamponiert, Abwarten, 4 Stunden später Kind tot, in Narcose Wendung und Extraction.	günst.	Mädchen tot.
1893 P. 423	4	Frau H. kräftig.	VII.	Blase steht, N. liegt vor.	Mm. vollständig. I. dorso-anteriore Querlage.	langs. Herztöne.	Blasensprengung Wendung — Extract.	„	Mädchen lebt
1895 P. 28.	5	Frau D. klein, kräftig.	IV.	Blase steht, Arm u. schw. puls N. zu fühlen.	Mm. erweitert. I. dorso-posteriore Querlage	Herztöne unregelm.	„	„	„
1895 P. 339.	6	Frau H. kräftig.	IV.	beim Sprengen der Blase fällt Arm u. N. vor.	„	Herztöne verlangs.	„	„	Knabe lebt.
1894 P. 335.	7	Frau B. kräftig.	IV.	beim Sprengen der Blase fällt N. vor.	Mm. 5 Mkstückgross I. Schieflage.	Herztöne wenig verlangsamt	künstl. Blasenspr. mit teilweiser Placentarablösung. Wendung — Extrat.	„	„
1894 P. 60.	8	Frau R. kräftig.	VIII.	Blase steht, in ihr N. zu bei der Sprengung fällt N. mit linkem Arm vor.	Mm. vollständig. II. dorso-anteriore Querlage.	Herztöne erhöht starker Hängebauch.	Blasensprung. Wendung — Extract.	„	„

1890 96.	9	led. Sch.	II.	Blase wölbt sich vor; ihr linke Hand u. N. zu fühlen.	I. dorso posteriore Querlage.	Herztöne werden langsam.	„	„	[illegible]
1889 P. 229.	10	Frau E. mittelkräftig.	IV.	in der prallen Blase liegt N. vor, beim Blspr. fällt Hand mit vor.	I. dorso-anteriore Querlage.	Herztöne stark verlangsamt.	„	„	Knabe lebt. Fractura humeri.
1890 P. 74.	11	Frau T.	III.	Blase steht, N. und Hand liegen vor.	Mm. Handtellergr. I. dorso-anteriore Querlage.	Herztöne verlangsamt, sehr schwere Armlösung.	„	„	Knabe tot.
1894 P. 452.	12	Frau D.	IV.	Blase steht, schach puls. N. zufühlen.	Mm. erweitert. I. dorso-anteriore Querlage.	Herztöne verlangsamt. Veit-Smellie erschwert, da Mm. eng um Frucht liegt.	Wendung-Extraction. Veit-Smellie.	„	Knabe tot.
1892 P. 510.	13	Frau St. kräftig.	III.	Blase steht, puls N. liegt vor.	Mm. vollständig. I. dorso-anteriore Querlage.	Herztöne verlangsamt.	Wendung-Extraction.	„	Mädchen tot.
1890 151.	14	Frau M. mittelkräftig.	II.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig. I. dorso-anteriore Querlage.	Herztöne verlangsamt, kommt kreissend.	Wendung-Extraction leicht.	„	Mädchenlebt.
1889 238.	15	Frau Sch. kräftig. 27,30½,19,12.	I.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig 5 Mkstckgross II. dorso-anteriore Querlage.	Kind reitet auf der N., diese über die Hüfte geschlungen	bei nicht völlig erv. Mm. zweimal äussere Wendung versucht als Mm. vollständig rasche Wendung u. Extraction.	„	Mädchenlebt.
1891 P. 60.	16	Frau R. kräftig.	II.	mit Blspr. Arm u. N. vorgef.	Mm. vollständig. I. dorso-anteriore Querlage.	Herztöne verlangsamt.	Wendung-Extraction.	„	Knabe lebt.

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quantipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermunds-erweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1896 P. 166.	17	Frau Sch. kräftig.	V.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. erweitert. II. dorso-posteriore Querlage.	Herztöne verlangsamt.	Wendung-Armlösung Veit-Smellie.	günst.	Knabe lebt. Fractur des linken Oberschenkels.
1893 489.	18	Frau K. mittelkräftig.	VII.	mit Blspr. N. vorgef. ebenso ein Arm.	Mm. vollständig. I. dorso-anteriore Querl.	Herztöne verlangsamt.	Wendung-Extraction.	„	Mädchen lebt
1888 P. 22.	19	Frau L. mittelkräftig.	VII.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig. I. dorso-anteriore Querl.	Herztöne nicht zu hören.	„	„	Knabe lebt.
1889 P. 411	20	Frau B. c. d. $9^3/_4$—10.	IV.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm vollständig. I. dorso-anteriore Querl.	Herztöne schwach Meconiumabgang.	Wendung, sehr schwierige Extraction.	„	Mädchen lebt
1889 P. 160.	21	Frau S. kräftig	VI.	mit Blspr. vorgef.	Mm. vollständig. II. dorso-anteriore Querl.	Herztöne werden schlecht, nach der Wendung N. pulslos.	Wendung-Extraction leicht.	„	Knabe lebt.
1885 P. 361.	22	Frau T.	XII.	mit Blspr. vorgef. Arm u. N.	Mm. erweitert. II. dorso-anteriore Querl.	Herztöne 80-90.	Wendung u. Extraction.	„	Mädchen lebt 4500 gr.
1889 P. 370.	23	Frau H. kräftig.	XII.	schwach puls N. mit Blspr. vorgef.	Mm. erweitert. II. dorso-anteriore Querlage.	Keine Herztöne nach der Wendung zu hören.	Wendung u. sofort. Extraction.	„	Knabe lebt.
1890 450	24	Frau M. schwächlich	II.	rechter Arm u. N. mit Blspr vorgef.	Mm. erweitert. I. dorso-posteriore Querl.	Wehen kräftig. Herztöne gut.	Zurückdrängen der Schulter. Wendung Extraction, Entwicklung d. Kopfes schwer.	„	Mädchen tief asphyctisch wird wieder belebt.

1893 P. 173.	25	Frau P.	II.	rechter Arm u. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. erweitert, collabiert II. dorso-posteriore Querl.	Herztone gut.	Wendung - Extract. umgekeherter Prager Handgriff.	„	Mädchen lebt
1894 P. 55.	26	Frau A. schwach, Plattes, mäss. allg. verengt. Becken.	VII.	Arm u. N. mit Blspr. vorgef.	Mm. vollständig. II. dorso-anteriore Querl.	„	in Nercose Wendg.-Extraction.	„	Knabe lebt.
1894 P. 401.	27	Frau K. gross, sehrfettreich, Hängebauch	VI.	beim Blspr. N. vorgef.	Mm. erweitert. II. dorso-anteriore Querl.	Herztöne verlangsamt.	Wendung-Extract.	„	Knabe lebt Fractur d. l. Unterschenk.
1895 P. 343.	28	Frau B. kräftig.	IX.	beim Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig. II. dorso-anteriore Querl.	Herztöne gut.	„	„	Mädchen lebt
1892 P. 132.	29	Frau M. kräftig Plattes Becken	III.	beim Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig. I. dorso-posteriore Querl.	Herztöne 80—90.	„	„	Mädchen asphyctisch wieder belebt
1897 P. 221.	30	Frau L.	II.	schwach puls. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. vollständig. I. dorso-posteriore Querl.	Herztöne leise verlangsamt.	Wendung, sofortige Extraction.	„	Knabe tief asphyctisch nicht wieder belebt.
1893 P. 400.	31	Frau Kn. gross-kräftig.	IV.	schlecht puls. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. vollständig. dorso-posteriore Querl.	langs. Herztöne Armlösung schwer.	Wendung-Extract.	„	Knabe tot.
1892 P. 44.	32	Frau W. kräftig.	VI.	beim Blspr. schlecht puls. N. vorgef.	Mm. erweitert. I. dorso-anteriore Querlage.	Herztöne 70.	„	„	„

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quantipara	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermunds-erweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1894 P. 48.	33	Frau M. mäss. kräftig, platt. Becken $23^1/_2$-28-$30^1/_2$-18-$10^1/_2$.	II.	rechter Arm u. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. erweitert. I. dorso-anteriore Querl.	Herztöne anfangs gut, Lösung des l. Armes wegen vorspr. Promontorium sehr schwer, gehen auf 40 hinunter, schliesslich nicht mehr zu hören.	Wendung Extraction.	günst.	Mädchen tot.
1897 P. 446.	34	Frau H kräftig,	IV.	mit Blspr. schwach puls. N. vorgef.	Mm. vollständig. II. dorso-posteriore Querl.	Herztöne 60.	Wendung dauert 10 Minut., N. pulslos, sofortige Extraction	„	Mädchen tot.
1895 193.	35	Frau D. mäss. kräftig $22^1/_4$, $27^1/_4$, 30. 20.	IV.	N. fällt mit Blspr. vor.	Mm. 5 Mkstckgross, für 2 spätere für 5 Finger durchgängig. I. dorso-anteriore Querl.	Herztöne schlecht.	äussere Wenduug gelingt nicht, als Mm. erweitert. Wendung — Extraction.	Parametritis nach 4 Wochen entlassen	Mädchen tief asphyctisch nicht wieder belebt.
1889 9.	36	Frau Sch. kräftig $25^1/_2$-$28^1/_2$-$19^1/_2$-12.	II.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig. I. Schieflage.	Herztöne verlangs. Wehen schwach,	Wendung — sofortige Extraction.	günst.	Mädchenlebt.
1888 P. 9.	37	Frau P. kräftig.	V.	Arm u. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. erweitrert. II. Schieflage.	Herztöne 120.	Wendung—Extract.	„	Knabe lebt.
1894 P. 357.	38	Frau Sch. klein, untersetzt, gut genährt, enges Becken. $22^1/_2$—$26^1/_2$—31—18.	VI.	schwach puls. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. erweitert, collabiert. I. Schieflage.	Herztöne langsam.	Wendung—Extract.	„	Knabe lebt 4500 gr.

1890 P. 514.	39	Frau P. mittelkräftig.	IX.	kaum nach puls. N. beim Blspr. vorgef.	Gemini [1]) I. dorso-ant. Querl. mit Vorfall. [2]) II. Querl.	Herztöne stark verlangsamt.	Wendung—Extract	„	1) Knabe lebt.

Kopflagen.

1894 P. 248.	1	Frau Sch., kräft. gebaut, anaemisch. Becken leicht verengt. 25-27-31-10½.	II.	Nabelschnur mit Blasensprung vorgefallen.	Muttermund vollständig, collabiert. I. Sch. L.	Herztöne wechselnd Wehen schwach.	In Narcose Versuch mit Repositorium Hofmeieri, Kopf weicht immer ab, da Wehen schwach Wendung und Extraction.	„	Mädch. lebt. 4250 gr.
1894 P. 294.	2	Frau D. blass, stark nervös.	VIII.	Blase steht, N. liegt vor.	Mm. 3 Mstückgross, Kopf beweglich. II. Sch. L.	Herztöne verlangsamt, Abgang von blutigem Fruchtwasser.	Lagerung auf d. rechten Seite, N. geht nicht zurück. Blspr., Reposition gelingt nicht ganz. Wendung — Extraction.	„	Knabe lebt.
1897 P. 565.	3	Frau L. mäss. kräftig, etwas anaemisch.	XI.	N. mit Blspr. vorgef.	Mm. 5 Mstückgross, Kopf beweglich. I. Sch. L.	Herztöne zeitweise verlangsamt. febris sub partu.	Reposition misslingt, Kopf lässt sich fixieren, Wendung nach Braxton-Hicks Extraction.	„	Knabe lebt.
1890 P. 308.	4	Frau L. sehr gesund gewesen.	XVI.	N. mit Blspr. vorgef. (Puls schwach)	Mm. erweitert. I. Sch. L.	Herztöne sehr undeutlich. Metrorrhagie, tiefer Sitz der Placenta.	Reposition vergeblich, Wendung auf d. rechten Fuss — Extraction.	„	Knabe lebt.
1889 P. 56.	5	Frau P. kräftig gebaut, mittelgross.	V.	mit Blspr. fällt N. vor.	Mm. Handtellergross I. Sch. L.	Herztöne werden schlecht.	Reposition misslingt. Wendung — Extraction.	„	Mädch. lebt.

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quantipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermundserweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1889 P. 5.	6	Frau J., kräftig.	V.	mit Blsps. schwach puls. N. vorgef.	Mm. Handtellergr. Kopf im Beckeneingang. I. Sch. L.	Herztöne kaum noch zu hören.	Repositionsversuch vergeblich. Wendung — Extraction.	günst.	Mädch. lebt. linkss. Clavicular-fractur.
1893 P. 560.	7	Frau Sch,, kräftig.	VII.	Blase steht, N. liegt vor.	Mm. 2 Mstückgross. I. Sch. L.	Herztöne unregelmässig verlangsamt. placenta pracevia.	Reposition gelingt, wegen Blutung bei placenta pracevia Wendung u. Extract.	„	Mädch. lebt.
1892 278.	8	Frau L., kräftig.	XV.	schwach puls. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. Handtellergr. II. Sch. L.	grosser schlaffer uterus pendulus. Herztöne unregelm.	Reposition misslingt, Wendung — Extraction	„	Knabe lebt.
1891 211.	9	Frau N., kräftig.	II.	beim Blspr. N. vorgef.	Mm. 5 Mstückgross, Kopftritt ins Becken ein. I. Sch. L.	Herztöne gut, lange Nabelschnur, tiefer Sitz d. placenta	Reposition misslingt, Wendung — Extraction.	„	Knabe lebt.
1897 P. 156.	10	Frau G., kräftig.	VI.	beim Blspr. N. vorgef.	Mm. für 2 Finger durchgängig, später handtellergross. I. Sch. L.	Herztöne stark verlangsamt, tiefer Sitz der placenta.	Reposition in Narcose u. Knieellenbogenlage gelingt, Seitenlagerung. Herztöne 120, N. fällt wieder vor, Herztöne 52. Mm. handtellergross. Wendung u. da keine Herztöne mehr zu hören, sofortige Extraction.	„	Knabe lebt.

1891 81.	11	led. K. kräftig gebaut. 25-27-18½-11½.	I.	fast nicht mehr puls. N. beim Blspr. vorgef.	Mm. Handtellergr. I. Sch. L.	Herztöne stark verlangs., marginale Insertion der Nabelschnur.	2 Repositionsversuche misslingen, darauf Wendung u. sofortige Extraction.	„	Mädchen schwer asphyctisch nicht wieder belebt,
1894 P. 179.	12	Frau W., kräftig.	IV.	beim Blspr. schlecht puls. N. vorgef.	Mm. erweitert, Kopf beweglich. I. Sch. L.	Herztöne unregelmässig.	Reposition erfolglos. Wendung — Extraction.	„	Mädchen tot.
1897 P. 321.	13	Frau H., gracil einfach platt. Becken 22½ 25½ 30 17 10.	V.	Blase steht, N. liegt vor.	Mm. vollständig, Kopf beweglich. I. Sch. L.	Herztöne anfangs gut, später verlangsamt.	Blasensprengung. Wendung — Extraction.	„	Mädchen asphyctisch, wieder belebt
1894 P. 66.	14	Frau M., kräftig, plattes Becken.	V.	beim Sprengen der Blase N. vorgef.	Mm. vollständig. I. Sch. L.	Herztöne unregelmässig.	Blasensprengung. Wendung — Extraction.	„	Knabe lebt.
1895 P. 87.	15	Frau L., gross kräftig.	II.	Blase steht, N. zu fühlen.	Mm. erweitert. Gemelli 1) Sch. L. I. 2) Sch. L. II mit Vorfall.	Herztöne nicht zu hören.	Blasensprengung. Wendung — Extraction.	„	No. 2. Mädchen lebt.
1894 289.	16	led. R. kräftig. 26 28½ 20,5 11.	III.	in der Blase N. zu fühlen.	Mm. 5 Mstückgross. Kopf beweglich, nach links abgewich. I. Sch. L.	Hydramnion, 2 Std. nach Blasenspreng. u. Wendung, Herztöne nicht mehr zu hören.	Blasensprengung — Wendung, da keine Herztöne zu hören sind u. vom Fuss die Haut in Fetzen abgeht — sofortige Extraction.	„	Mädchen tot.

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quantipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermundserweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1889 P. 25.	17	Frau M. enges Becken conj. diag. 9,5.	VI.	Blase steht, N. und Hand zu fühlen.	Mm. vollständig. Kopf beweglich über d. Beckeneingang. II. Sch. L.	Herztöne verlangsamt, keine Wehen.	Wendung bei stehend. Blase, schwierige Extraction.	günst.	Mädchen lebt
1891 P. 473.	18	Frau L.	III.	Blase nicht gesprungen, N. liegt vor.	Mm. 5 Mstückgross. I. Sch. L.	Herztöne gut.	Wendung — Extraction.	„	Knabe lebt.
1895 92.	19	Frau J., schwach entwickelt, platt rhachit. Becken. 25-29^{3}_{4}-30^{3}_{4}-17^{1}_{2}-9^{3}_{4}.	III.	Blase steht, N. liegt vor.	Mm. Handtellergr. II. Sch. L.	Herztöne erholen sich, Wehen äusserst schwach.	Wendung bei stehender Blase, nach 10 Minuten Extract. Veit-Smellie sehr schwer.	„	Mädchen asphyctisch. nicht wieder belebt.
1896 P. 506.	20	Frau M. ziemlich kräftig.	IX.	mit Blspr. N. vorgef. (schwach puls.)	Mm. vollständig, Kopf beweglich. I. Sch. L.	Herztöne verlangsamt.	Wendung—Extract.	„	Knabe lebt.
1888 P. 124.	21	Frau L., klein, gracil. platt rhachitisches Becken. 26,5-26-17-10,5.	III.	mit Blspr. N. u. rechter Arm vorgef.	Mm. vollständig, Kopf beweglich. II. Sch. L.	Herztöne schlecht, Vorderscheiteleinstellung.	Wendung—Extract.	tiefer Collaps.	Knabe lebt.
1888 P. 345.	22	Frau K., kräftig.	IV.	mit Blspr. linke Arm u. N. vorgef.	Mm. erweitert. I. Sch. L.	uterus fest um die Frucht contrahiert. Herztöne verlangs.	Wendung schwer — Extraction.	günst.	Knabe lebt.

P. 108.		kräftig.		N. vorgef.	Kopf nach links abgewichen. I. Sch. L.	Herztöne gut.	fällt N. wieder vor, deshalb sofortige Extraction.		
1888 P. 136.	24	Frau Sch., klein, gracil. platt rhachit. Becken.	VI.	M. fällt beim Blspr. vor, nicht mehr pulsierend.	Mm. 5 Mstückgross. I. Sch. L.	Herztöne nicht mehr gehört. Oedem der vorderen Muttermundslippe.	Wendung — rasche Extraction.	„	Knabe lebt.
1891 P. 494.	25	Frau H., gesund.	II.	N. mit Blspr. vorgef.	Mm. erweitert. Kopf ins Becken eingetreten. II. Sch. L.	Herztöne 80.	Erst in Narcose gelingt es, Kopf zurückzudrängen. Wendung—Extract.	„	Knabe lebt.
1891 P. 502.	26	Frau L., kräftig.	IX.	N. mit Blspr. vorgef.	Mm. erweitert. Kopf auf l. Darmschaufel abgewichen I. Sch. L.	Herztöne 100.	Wendung — rasche Extraction.	„	Knabe lebt.
1893 P. 129.	27	Frau Schl., kräftig, rhachit. platt. Becken.	III.	N. in der Blase zu fühlen, plötzlicher Blasensprung.	Mm. erweitert. II. Sch. L.	Abnorm dünne Uteruswandung. Wehen schwach. Herztöne sehr wechselnd.	Wendung—Extract.	„	Mädchen lebt
1888 P. 30.	28	Frau W., mittelgross, gut genährt, platt. Becken. C. diag. 11.3.	III.	N. u. Arm beim Blspr. vorgef.	Mm. vollständig. I. Sch. L.	Herztöne langsam.	Wendung—Extract.	„	Knabe lebt.
1888 P. 288.	29	Frau F., klein. gut genährt.	VI.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig. II. Sch. L.	Herztöne werden schlecht.	Wendung — sofortige Extraction.	„	Knabe lebt.

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quantipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermunds-erweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1890 P. 80.	30	Frau G.	IV.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. erweitert, Kopf beweglich. I. Sch. L.	Herztöne verlangsamt.	Wendung — rasche Extraction.	günst.	Knabe lebt.
1890 P. 97.	31	Frau B.	VI.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. erweitert, Kopf mässig ins Becken eingetreten. I. Sch. L.	Herztöne langsam.	Wendung — Extraction leicht.	„	Mädchen lebt
1890 P. 225.	32	Frau K.	V.	schwach puls. N. mit Blspr. vorgef.	Mm. erweitert. II. Sch. L.	Herztöne nicht hörbar.	Wendung auf d. Fuss. N. fällt wieder vor — rasche Extraction. Vorgefallene Arm schützt die N. vor zu starkem Druck.	„	Knabe lebt.
1896 P. 285.	33	Frau R., ziemlich kräftig.	X.	schwach puls. N. mit Blspr. vorgef.	Mm. vollständig. Kopf beweglich. II. Sch. L.	Herztöne stark verlangsamt, aber kräft.	in Narcose Wendung — Extraction.	„	Knabe lebt.
1897 P. 132.	34	Frau H., kräftig, gering allg. verengt. Becken. 22-25-30-18.	VIII.	schwach puls. N. mit Blspr. vorgef.	Mm. vollständig, Kopf beweglich. II. Gesichtslage — Kinn hinten.	Wehen schwach u selten. Herztöne	Wendung — sofortige Extraction. nach der Wendung nicht mehr zu hören.	„	Mädchen asphyctsch, wieder belebt
1896 P. 343.	35	Frau Sch. kräftig platt. Becken. 23,27,31,17½.	XIII.	schwach puls. N. vorgef. mit Blspr.	Mm. vollständig. Kopf im Beckeneingang. I. Sch. L.	Herztöne langsam.	Wendung-Extraction.	„	Knabe asphyctisch, wieder belebt. Impressio de

1891 P. 260.	36	Frau E. platt rhachit. Becken.	V.	mit Blspr. N. vorgef. schwach pulsierend.	Mm. vollständig. II. Sch. L.	Herztöne kaum hörbar langsamt.			
1891 P. 307.	37	Frau L. mittelkräftig.	VIII.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig. II. Sch. L.	Herztöne kaum hörbar.	„	„	Knabe lebt.
1892 P. 193.	38	Frau Sch. kräftig.	XII.	mit Blspr. schwach puls. N. vorgef.	Mm. vollständig. I. Sch. L.	Herztöne verlangsamt. Meconiumabgang. Lungenemphysem-Mitralinsufficienz.	„	„	Knabe lebt.
1892 P. 200.	39	Frau M. kräftig.	V.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig Kopf beweglich. I. Gesichtslage.	Herztöne verlangsamt.	Wendung-Extraction, bei der Extr. reisst N. ab.	„	Knabe lebt.
1892 P. 474.	40	Frau Sch. gracl. allg. verengt. platt. Becken.	I.	schwach puls. N. vorgef. mit Blspr.	Mm. vollständig. II. Sch. L.	Herztöne unregelmässig.	Wendung-Extraction.	„	Knabe lebt.
1893 P. 560.	41	Frau St. mittelkräftig.	VII.	schwach puls. N. mit Blspr. vorgef.	Mm. vollständig Kopf beweglich. II. Sch. L.	Herztöne unregelmässig.	„	„	Mädchen lebt.
1893 345.	42	Frau H. kommt kreissend.	V.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig Kopf beweglich. I. Sch. L.	Herztöne unregelmässig erholen sich nach d. Wendung. Nabelschnur 110 cm lang.	„	Fieber im Wochenbett.	Knabe leicht asphyctisch schnell belebt. 5020 gr.

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quantipara	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermundserweiterung. Kindeslage	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1892 267.	43	led. Sch. gracil platt. rhachit. Beck.	II.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig Kopf beweglich. I. Sch. L.	Herztöne gehen auf 60 zurück. bei der Narcose Erbrechen-Aspirations-Cyanose, das Aspirierte durch kräft. Husten wieder ausgeworfen.	Wendung-sofortige Extraction (gelingt erst in Narcose).	vom 2.-7. Tg. croupöse Pneumonie mit starker Albuminurie. mit Kind nach 14 Tg. entlass.	Mädchen lebt.
1889 P. 298.	44	Frau K. mittelkräftig.	IV.	schwach puls. N. mit Blspr. vorgef.	Mm. erweitert. I. Sch. L.	Herztöne werden schlecht.	Wendung-rasche Extraction.	günst.	Knabe tot.
1893 P. 154.	45	Frau G. sehr corpul.	VI.	schwach puls. N. mit Blspr. vorgef.	Mm. erweitert, collabiert. Gesicht beweglich, keine Saugbewegung auszulösen. I. Gesichtslage.	Herztöne undeutlich unregelmässig, auffallend schlotternde Kopfknochen-riessige längsovale placenta.	Wendung-Extraction Armlösung-Prager Handgriff.	„	Knaba tot.
1894 P. 6.	46	Frau U. kräftig.	III.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. 5 Mkstckgross. I Sch. L.	Herztöne 80.	Wendung-Extraction.	„	Knabe tot.
1894 P. 44.	47	Frau H. kräftig gut genährt allgem. verengt. platt. Becken.	V.	Blase steht, N. liegt vor.	Mm. 5 Mkstckgross Kopf beweglich. I. Gesichtslage.	Herztöne kaum hörbar zeitweise aussetzend.	Wendung-Extraction schwierig.	„	Mädchen tot.
1894 P. 489.	48	Frau R. gross-anaemisch-	XVII.	mit Blspr. N. vorgef. ebenso Arm.	Mm. 5 Mkstckgross. I. Sch. L.	Herztöne verlangsamt, placenta praevia lateralis	Wendung nach Braxton Hicks Extraction-Armlösung	„	Knabe tot.

1895 25.	1	Frau D., 24, 27, $33^1/_2$, 20.	II.	mit Blasensprung pulsierende Nabelschnur vorgef.	Mm. 5 Mstückgross, Kopf beweglich. II. Sch. L.	Herztöne mässig, Meconiumabgang reichlich.	Reposition der Nabelschnur, Fixieren des Kopfes.	günst.	Mädch. lebt.
1889 P. 485.	2	Frau W., grosse, kräftige Frau.	IX.	Blase steht, puls. N. liegt vor, nach Blasensprengung wegen Wehenschwäche fällt grosse Schlinge vor.	Mm. 3 Mstückgross. II. Sch. L.	Herztöne verlangsamt.	N. reponiert, Wehen werden besser, darauf normale Geburt.	„	Mädch. lebt.
1896 P. 351.	3	Frau N., kräftig.	VI.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. 3 Mstückgross, Kopf mit kleinem Segment ins Becken eingetreten. I. Sch. L.	Herztöne stark verlangsamt unregelmässig.	Repositio bei 3 Mstückgross. Mm. gelingt beim 3. Male, Fixieren des Kopfes, Herztöne erholen sich von 80 auf 140, nach 1 Stunde als Geburt nicht weiter schreitet, Mm. Handtellergross, Kopf tief im Becken, Extraction mit Zange.	„	Mädch. lebt.
1893 P. 323.	4	Frau H.	VI.	mit Blspr. N. vorgef. Puls klein u. flatternd.	Mm. Handtellergr., sehr nachgiebig. I. Sch. L.	Herztöne gut.	Reposition leicht, Kopf lässt sich gut einstellen.	„	Knabe lebt.
1888 P. 20.	5	Frau V., mittelgross, gracil.	IV.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. vollständig, Kopf beweglich. II. Sch. L.	Herztone bleiben gut.	Reposition der kleinen Schlinge leicht, darauf spontane Geburt.	„	kräft. Mädch. lebt.
1895 297.	6	Frau S., wenig kräftig. $22^1/_2$, $25^3/_4$, 30. 18.	XI.	vor Blspr. fühlt man puls. Schlingen in der Blase.	Mm. vollständig. II. Sch. L.	Herztöne anfangs normal, später verlangsamt.	Nach völliger Erweiterung des Mm. Reposition beim dritten Versuch gel.	„	Knabe lebt.

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse	quantipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermundserweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1888 P. 162	7	Frau H. klein, schwächlich. 27,5-28,5-16,8-10,4.	V.	Blase steht, linker Fuss u. N. liegt vor.	Mm. fast vollständig. I. dorso-anteriore Schieflage.	Herztöne bleiben gut.	Reposition gelingt, Blasensprengung u. Herabholen des l. Fusses.	günst.	Knabe tot.
1896 287.	8	Frau L., mäss. kräftig, 24-28½-32-18-10¼. einfach platt. Becken	III.	Blase steht, puls. N. liegt vor.	Mm. 5 Mstückgross, Kopf beweglich. II. Sch. L.	Herztöne anfangs 120, nach der Ausspülung nicht mehr zu hören.	In Narcose Reposition, Fixieren des Kopfes, da Wehen schlechter werden, heiss. Ausspülung	„	Knabe tot.
1893 41.	9	Frau G., mäss. kräftig. 27, 30, 20, 12.	I.	Blase steht, N. pulsierend zu fühlen.	Mm. Handtellergr. II. Sch. L.	Herztöne unregelmässig.	Reposition der N. gelingt völlig, trotzdem Herztöne nicht besser. Kind stirbt ab	„	Knabe tot.
1895 37.	10	Frau P., kräftig. 25½,30, 34, 20½.	I.	mit Blspr. puls. N. vorgef.	N. über den Rücken verlaufend, fast einmal um den Hals geschlungen. I Sch. L.	Herztöne erst verlangsamt, werden besser.	Reposition in Beckenhochlagerung neuer Vorfall, Reposition gelingt vollständig.	„	Mädchen mit Herzpulsation ohne Atmung. — Beleb. ohne Erfolg.
				Zange.					
1895 118.	1	Frau W. mitt.-kräftig allgem. verengt trichterf. Becken 21½-26¼-30¼	I.	bei künstlicher Blasenspr. wegen verzögerter Geburt pulsier. Nabelschnur vorgefallen.	Kopf in der Beckenenge. II. Sch. L.	Herztöne nicht verlangsamt. Wehen schlecht.	Nabelschnur reponiert, Kopf nach 14 stünd. Austreibungszeit mit Zange geholt	„	Knabe erst tief asphyktisch, erholt sich bald.

1892 321.	2	led. K. kräftig gebaut 25-28½-20½-12½.	III.	mit Blasensprung N. vorgef.	Kopf fest in d. Beckenenge. Mm. vollständ. erweitert. I. Sch. L.	position gut, nachher verlangsamt.	kleinen Schlinge als Herztöne schlecht werden u. Kopf fest im Becken steht, Zange.		lebt.
1889 99.	3	led. C. schmächtig. 28½-30½-18½-10¾.	I.	mit Blasensprung N. vorgef.	Kopf fest im Becken. I. Sch. L.	Herztöne anf. gut, nach 4 Stund. andauernd sehr schwach.	Reposition d. Schlinge gelingt, infolge schlechter Herztöne Zange.	„	Mädch. lebt.
1894 232.	4	led. W. gracil gebaut. 25-28-29-17¾-11.	V.	24 Stunden vor Blspr. N. vorgelegen.	Kopf unter Spinallinie. I. Sch. L.	Herztöne verlangsamt.	Da Reposition misslingt — Zange.	„	Knabe asphyktisch wird belebt.
1895 225.	5	led. Z. kräft. allgem. gleichm. verengt. Becken. 22-26½-30-17¼-10.	II.	vor Blspr. liegt N. vor.	Kopf im Beckeneingang. I. Sch. L.	Herztöne verlangsamt, undeutlich.	Reposition gelingt unvollkommen, in Narcose Zange.	„	Knabe asphyktisch n. ¼ Stunde belebt.
1891 P. 342.	6	Frau J.	II.	mit Blspr. schwach puls. N. vorgef.	Mm. vollständig. I. Sch. L.	Gemini: 1) I. Sch. L. mit Vorfall. 2) II. Sch. L. Herztöne verlangs.	Reposition misslingt, Zange leicht.	„	Mädch. lebt. ebenso 2) Knabe.
1890 P. 50.	7	Frau K. rhachitisch platt. Becken.	IV.	mit Blspr. vorgef.	Mm. erweitert, 9 cm breit Kopf in Spinalebene. II. Sch. L.	Herztöne verlangsamt.	Reposition missl., 1½ cm lange Incisionen am Muttermund, dann Zange.	„	Mädch. lebt.

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quan-tipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermunds-erweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1893 P. 534.	8	Frau B. kräftig.	XIII.	mit Blspr. vorgef.	Mm. vollständig Kopfkuppe in Spinalebene. I. Sch. L.	Herztöne 20—30, irregulär	mittlere Schrägstandszange.	günst.	Mädchen tot.
1895 P. 474.	9	Frau F. mittelg. gut genährt.	II.	mit Blspr. schwach puls. N. vorgef.	Mm. erweitert. Kopf noch nicht ins Becken eingetreten. I. Sch. L.	Herztöne verlangsamt.	sobald Kopf ins Becken tritt, hohe Zange.	„	Mädch. lebt.
1896 P. 619.	10	Frau K. kräftig.	V.	mit Blspr. kaum puls. N. vorgef.	Mm. vollständig, Kopf in Spinalebene. II. Sch. L.	Herztöne auf 60 verlangsamt.	quere Zange.	„	Knabe tot.
1888 15.	11	Frau Sch. mittelkräftig 23-27,5-18,5-13.	I.	mit Blspr. schwach puls. N. vorgef.	Mm. nicht vollständig, sein Saum sehr dehnbar, Kopf im schrägen Durchmesser. I. Sch. L.	Herztöne auf 60 zurückgegangen.	Zange im schrägen Durchmesser.	„	Knabe tief asphyktisch, stirbt nach 7 Stunden.
1892 329.	12	Frau B. klein, kräftig. 25-27-29½-11.	IV.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. klein, Handtellergross Kopf mässig beweglich im Beckeneingang. I. Sch. L.	Herztöne verlangsamt, unregelmässig. Fruchtwasser stark mit Meconiom vermengt.	Als Kopf in der Spinalebene schnelle Extraction.	„	blass rosa gefärbt. Mädch. Herztöne hörbar, aus der Trachea Meconiam gesog. nicht belebt.
1896 4.	13	led. Th.	I.	mit Blspr. N. vorgef.	Kopf in der Spinallinie. II. Sch. L.	Herztöne werden langsam.	Forceps.	„	stark asphyktisches Mäd. nach 1 Std. belebt.

Perforation.

1	led. H. sehr gracil. 26, 27. 20. 11.	I.	nach Blasensprung mehrere Schlingen vorgefallen, schwach pulsierend.	Mm. Handtellergr. I. Sch. L.	Herztöne verlangs. bald nicht mehr zu hören. Wehenschw.	Reposition d. N. nach 2 Minuten gelungen, da Puls vollständig erloschen, keine Wendung. Bei Fehlen aller Wehen Aufstehen lassen, neuer Vorfall der N., befest. mit ein. T-Binde, n. 3 Stunden Perf.	in den ersten Tagen nach d. Geburt leichte Temperatursteigerung, ges. entl.	Mädchen tot.
2	led. Mädchen sehr gracil. 26, 27, - 16,10	II.	mit Blspr. schwach pulsierende N. vorgef.	Mm. 3 Mstückgross, II. Sch. L.	Herztöne nicht mehr zu hören.	Reposition gelingt, Herztöne verlangsamen immer mehr, sind nicht mehr zu hören, da Kopf im Becken fixiert ist. Perf.	günst.	Knabe tot.
3	Frau H. einfach pattes Becken $25^1/_2$, $29^1/_2$, $31^1/_2$, $17^1{}_2$, $9^1{}_2$	III.	mit Blspr. N. vorgef.	Kopf fest auf den Beckeneingang. II. Sch. L.	Herztöne auf 60 verlangsamt.	Reposition in Narcose erfolglos, ebenso Beckenhochlagerung, als Mm. handtellergross. Perforation.	„	„
4	Frau K. klein, gracil. platt rhachit. Bekken 27, $27^1/_2$ 18 10,5	V.	mit Blspr. schwach puls. N. vorgef.	Mm. 2 Mstückgross, rigide. I. Sch. L.	Herztöne stark verlangsamt.	Seitenlagerung und Reposition vergeblich, da unteres uterinsegment verdünnt etwas überspannt, absehen von combin. Wendung. da Herztöne nicht mehr zu hören Perf.	„	„

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quan. tipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermunds-erweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
	5	Frau Kl. schwächlich, allg. schräg verengtes Becken.	I.	mit Blspr. vorgef.	Mm. fast völlig erweitert, Kopf steht über dem Beckeneingang. I. Sch. L.	Herztöne gut.	Reposition gelingt nicht, Wendung und Extraction durch Armlösung sehr erschwert, Kind stirbt ab. Perf.	günst.	Knabe tot.
	6	Frau K.	VIII.	mit Blspr. schwach puls. N. vorgef.	Mm. über 2 Mstück-gross, Kopf beweglich. I. Sch. L.	Herztöne regelmäss.	Nabelschnur nicht zu responieren, binierte Wendung bei nicht erweitert. Mm. Extraction, Entwickelung des Kopfes schwer, Kind tot. Perf. des nachfolg Kopfes.	"	"
	7	Frau P.	IV.	mit Blspr. vorgef.	Kopf links unten, Steiss rechts oben, Rücken nach dem Zwergfell. Schiefl.	Herztöne vor der Reposition gut, nachher nicht zu hören. Kreisst seit 24 Stunden.	Repositionsversuch in linker Seitenlage misslingt, beim Versuch den Fuss mit der Museuxschen Zange zu ergreifen. fällt noch mehr N. vor. Ergreifen des Fusses, dabei Loslösung der Placenta. Da Kind abstirbt, Decapitation versucht, misslingt, unmittelbare Wendung nach Busch auf den Kopf — Perforat.	"	"

Spontane Geburten.

1892 91.	1	led. B. gracil. 22.26½.16½, 11½	VI.	in der Blase liegt pulsierende Nabelschnur vor.	Mm. vollständig. I. Sch. L.	Während der Lagerung Herztöne nicht zu hören. Nabelschnur 80 cm lang.	spontaner Verlauf,	„	Knabe tot.
1892 P. 321.	2	Frau B. kräftig.	XIV.	mit Blsprg. N. vorgef.	I. Sch. L.		bei Ankunft d. Arztes Kind spontan geboren.	„	Mädchen tot.
1893 P. 360.	3	Frau N.	III.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. erweitert. Kopf nicht bewegl. I. Sch. L.	Nabelschnur völlig pulslos, Herztöne nicht zu hören. Insertio velamtosa. Blutungen	spontan.	„	Mädchen tot.
1895 P. 17.	4	Frau Sch. kräftig.	I.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. erweitert. Kopf in vulva sichtbar. I. Sch. L.	N. pulslos, Herztöne nicht zu hören.	spontan.	„	Knabe tot.
1895 P. 121.	5	Frau P. kräftig	IV.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. erweitert. I. Sch. L.		bei Ankunft kräftige Presswehen, spontane Geburt.	„	Knabe tot.
1895 P. 344.	6	Frau Fr. kräftig.	I.	mit Blspr. vorgef.	Gemini. 1) I. Sch. L. mit N. vorfall. 2) II. Sch. L.	Hydramnion, Abort mens. VIII. Herztöne nicht zu hören.	spontan.	„	1) Mädch. tot.
1895 P. 434.	7	Frau R. anaemisch	IV.	mit Blspr. N. vorgef.,	I. Sch. L.	vorzeitige Placentarlösung, Herztöne nirgends gehört.	Expression nach Kristeller.	„	Knabe tot. 4020 gr.

J.-No.	Lfd. N.	Körper-, Becken-Verhältnisse.	quan-tipara.	Wann fiel Nabelschnur vor?	Muttermunds-erweiterung. Kindeslage.	Besondere Umstände.	Vorgenommene Operationen.	Erfolg für Mutter	Erfolg für Kind.
1896 P. 563.	8	Frau M. kräftig.	IV.	mit Blspr. N. vorgef.	Kopf auf d. Beckenboden. I. Sch. L.	N. 80 cm lang, keine Herztöne gehört.	spontan.	günst.	Mädchen tot.
1896 P. 144.	9	Frau O. mässig kräft. 23-28-31-18.	I.	mit Blspr. N. vorgef.	Kopf 1 cm unter Spinallinie. Mm. vollst. I. Sch. L.	Herztöne nicht gehört.	spontan.	„	Mädchen tot.
1897 P. 403.	10	Frau K.	VII.	mit Blspr. N. vorgef.	I. unvollkommene Fusslage. Selbstwendung in II. Sch. L. Kopf tief im Becken. Mm. 5 Mstückgross.	Herztöne anfangs normal, später nicht mehr zu hören.	spontan.	„	Mädchen tot.
1892 P. 531.	11	led. M. kräftig.	I.	mit Blspr. N. vorgef.	Mm. Handtellergr. II. Gesichtslage.	keine Herztöne gehört.	spontan.	„	Mädchen tot.
1888 P. 325.	12	Frau T.	IV.	mit Blasensprung vorgef.	Mm. erweitert, Kopf fest im Becken. I. Sch. L.		spontane Geburt.	„	Mädch. lebt.
1889 P. 475.	13	Frau K., kräftig.	V.	N. u. beide Füsse liegen vor.	Mm 3 Mstückgross. I. Fusslage.	vor dem Blsprung schlechte Wehen.			
1893 P 285.	14	Frau St., kräftig.	IV.	Hand u. N. beim Blspr. vorgef.	Steisslage.		spontan.	„	Knabe lebt.
1893 P. 530.	15	Frau E., wenig kräftig	XI.	mit Blspr. vorgef.	Mm. erweitert. I. unvollk. Fusslage.	bei der Untersuch. keine Nabelschnur gefunden, erst bei d. Geburt zeigt sich in der Kniekehle pulslose Schlinge eingeklemmt.	Zurückstreifen der Nabelschnur sonst spontan.	„	Knabe lebt.
1888 P. 277.	16	Frau R., mittelgross, gracil.	I.	mit Blspr. vorgef.	Mm. 5 Mstückgross. I. unvollk. Fusslage.	Herztöne nicht mehr gehört.	Geburt sich selbst überlassen.	„	Knabe tot.

Lebenslauf.

Verfasser vorstehender Arbeit, Hermann Alberts, evangelischer Konfession, wurde am 8. Juni 1875 als Sohn des Lehrers Heinrich Alberts zu Bleckendorf Kreis Wanzleben geboren. Seinen ersten Unterricht genoss er in der Volksschule seines Heimatsortes, von Ostern 1884—1889 besuchte er die Privatschule zu Egeln, von Ostern 1889—1894 die Lateinische Hauptschule zu Halle, welche er am 10. März 1894 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er bezog darauf um sich dem Studium der Medizin zu widmen die Universität Greifswald, blieb dort bis Ostern 1896, von da setzte er seine Studien in Halle fort. Am 4. Mai 1896 bestand er das Tentamen physicum, am 4. August 1898 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

In Greifswald:

Arndt, Ballowitz, Bonnet, Gerstäcker, Holtz, Landois, Limpricht, Overbeck, Schmitz, Solger, Sommer.

In Halle:

v. Bramann, Eberth, Fehling, Fränkel, Haasler, Harnack, v. Herff, v. Hippel, Hitzig, Kromeyer, Leser, v. Mering, Pott, Reineboth, Weber, Wollenberg.

Thesen.

I.

Zur Reposition der vorgefallenen Nabelschnur bedient man sich am besten der Hand.

II.

Zur Vermeidung der Blenorrhoea neonatorum ist die Einträufelung von 2% Arg. nitr. Lösung in den Conjunctivalsack der Neugeborenen obligat zu machen.

III.

Die unblutige Behandlung der retroflexio uteri ist der operativen vorzuziehen.